157

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 Mars 1908, à 1 heure

PAR

Joseph DANIEL

Interne des Hôpitaux du Hâvre

DE LA COLPOTOMIE

Dans les Annexites

Président : M. SEGOND, *Professeur*

Juges { MM. DELENS, *Agrégé*
GOSSET, *Agrégé*
LECÈNE, *Agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRESIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

DE LA COLPOTOMIE DANS LES ANNEXITES

INTRODUCTION

En entreprenant l'étude de la colpotomie dans les salpingo-ovarites nous choisissons un sujet dont on s'est occupé bien souvent. L'incision du Douglas considérée longtemps comme la simple ouverture d'un gros abcès fut érigée plus tard en véritable méthode de traitement des suppurations pelviennes, elle se vit comparée aux grandes opérations entreprises contre la salpingite et des travaux nombreux dans les sociétés savantes discutèrent la valeur de la colpotomie.

Il nous a paru intéressant de reprendre cette question aujourd'hui où l'on est plus d'accord sur le traitement des annexites où les interventions systématiques par l'abdomen et le vagin ne sont plus préconisées avec l'exclusivisme des laparotomistes et hystérectomistes d'autrefois.

Nous nous proposons de voir ce qu'a été la colpotomie

et ce qu'elle est encore actuellement au point de vue de sa valeur et de la technique opératoire. Notre travail sera donc ainsi divisé :

I. — Historique ;

II. — Indications ;

III. — Technique.

Nous sommes heureux de remercier tous ceux qui, pendant nos études médicales, nous ont donné des marques de bienveillance ; et, parmi eux nous remercions tout particulièrement Messieurs les Docteurs Didier, Cauchois, François Hue, Lerefait, Ollivier, Cerné, Bataille, nos maîtres dans les hôpitaux de Rouen, M. le professeur Bar et M. le Dr Comby nos maîtres dans les hôpitaux de Paris.

MM. les Drs Balard d'Herlinville, Engelbach, Frottier, Deronde, Deville et Guillot, nos maîtres dans les hôpitaux du Havre.

M. le Dr Le Nouène, chirurgien des Hôpitaux du Havre, fut pour nous pendant les quatre années que nous passâmes, tant dans les hôpitaux de cette ville que dans sa clinique particulière, non seulement le plus dévoué des amis, mais aussi un guide éclairé dans l'étude de la clinique chirurgicale ; qu'il nous permette de lui témoigner ici l'expression de notre très vive reconnaissance et l'assurance de notre fraternelle amitié.

M. le professeur Segond nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous l'en remercions très vivement.

CHAPITRE PREMIER

Historique

D'après Tilt, Paul d'Egine aurait connu l'incision vaginale. Il est certain que l'ouverture des grosses collections saillantes dans le Douglas a du être pratiquée depuis très longtemps. C'était là une intervention d'urgence qui ne constituait pas plus une méthode chirurgicale que l'incision d'un phlegmon de la fosse iliaque venant rougir la peau de l'abdomen n'a la prétention d'être une opération abdominale. Les affections inflammatoires des annexes de l'utérus n'ont été, étudiées et même soupçonnées que très tard. Laissant de été certaines observations faites à la suite des découvertes fortuites par quelques médecins du début du XVIII[e] siècle ; il faut arriver à Astruc (1) en 1761, et à Krüger (2) de Gœttingue en 1782 pour trouver une étude de la pathologie des trompes.

---

1. Astruc. *Traité clinique des maladies des femmes*, 1761, Paris.

2 Krüger. *Pathologia ovar. mulierum*, 1782. Gœttingue.

Le *Cours d'anatomie médicale* de Portal (1), publié en 1803, relate plusieurs cas de grosses suppurations annexielles trouvées aux autopsies.

Il cite l'observation de Haen qui a rencontré dans les trompes d'une femme dix-huit litres de pus. Encore plus extraordinaire est le cas rapporté par Municks d'une femme très maigre portant un ventre volumineux et qui avait dans la trompe droite, ainsi que le montra l'autopsie, une collection de 112 litres. On peut émettre un doute sur la nature purement inflammatoire de pareilles collections. Il s'agit bien plus probablement de kystes suppurés que de salpingites. Sponius, Bayley (2), Davis (3) rapportent aussi des observations de grosses suppurations annexielles. Ce sont toujours des trouvailles d'autopsies et il ne serait être question pour tous ces auteurs de tentatives thérapeutiques.

Cependant, vers la fin du XVIII[e] siècle nous trouvons une lettre de Macarn (4), chirurgien de Turin, à l'Académie de chirurgie, pour apporter trois cas de paracentèse par la voie vaginale. Depuis cette époque elle fut pratiquée de plus en plus fréquemment et nous possédons des observations de Pelletan (5), Dupuytren (6), Alphonse Leroy, Roux, Velpeau, P. Dubois. Dans sa « Médecine opératoire » Velpeau s'exprime ainsi : « En plongeant le bistouri dans le cul-de-

---

1. Portal. *Cours d'anatomie médicale*, t. V, 1803, Paris.
2. Bayley. *Diseases of the uterus.*
3. Davis. *Obst. medic. and diseases of Women.*
4. Macarn. *Lettre à l'Académie de chirurgie*, 1788.
5. Pelletan. *Gaz. médic.*, 1835, p. 514.
6. Dupuytren. *Leçons orales*, t. III, p. 531.

sac recto-vaginal j'ai guéri une dame d'un énorme foyer sanguin et plusieurs autres malades qui ont ensuite rendu par voie une quantité considérable de pus ». Tuvignot dans un mémoire sur la question, conclut en disant : « que la ponction vagino-ovarienne toute récente encore, semble appelée à d'heureux résultats ». A la même époque, Camus parle en ces termes : « De la comparaison des faits que je viens de citer et de beaucoup d'autres inscrits dans la science; on peut déduire le corollaire suivant : que l'évacuation artificielle de ces tumeurs (abcès) par le vagin est préférable à l'évacuation spontanée par le rectum et qu'on ne doit désirer celle-ci que quand la tumeur est inaccessible par le vagin ». C'est aussi l'avis de Laugier (1) qui recommande énergiquement l'incision par le cul-de-sac vaginal.

Récamier fit plus encore que ses devanciers pour la colpotomie et fut combattu par les abstentionnistes qui lui reprochaient les dangers de sa méthode. Parmi les ennemis de l'intervention vaginale se trouvait Aran pour lequel « les cas où l'on peut être certain de la présence du pus, de son siège et où l'on peut arriver jusqu'à lui, sont exceptionnels ». Becquerel en 1859, formule le précepte de ne jamais ouvrir l'abcès même s'il fait une saillie manifeste dans le vagin. West se rallie à l'opinion de Becquerel et refuse l'intervention dans tous les cas. Oernut demande qu'on attende pour opérer l'apparition de la cachexie ou de la fièvre hectique et c'est aussi l'avis de Barnes, de Sinéty, de Gallard, de Siredey et de Danlos (2). L'incision

1. Laugier. *Dict. méd.*, t. V, p. 18.
2. Article du *Dictionnaire de Jaccoud.*

vaginale est pour eux une opération tellement risquée qu'elle ne doit être pratiquée que *in extremis*.

Les idées de Récamier ont été exposées surtout dans le mémoire de Bourdon (1) paru en 1841 sur « les tumeurs fluctuantes du petit bassin ».

Mais tous ces auteurs n'ont aucune idée de l'origine ni de l'évolution des suppurations du petit bassin qui viennent se présenter dans les culs-de-sac vaginaux. Ils les étudient au point de vue clinique et subordonnent leur thérapeutique aux idées doctrinales des écoles régnantes. Il faut arriver à Nonat (2) pour rencontrer quelques considérations scientifiques sur ces infections que les chirurgiens ont traité pour ainsi dire empiriquement jusque-là. Citons aussi le mémoire de Marchal de Calvi en 1846 sur « les abcès phlegmoneux intra-pelviens ». A l'époque de Nonat les représentants de l'Ecole française se divisent en deux camps : les uns à l'exemple de Nonat croient que les inflammations du petit bassin ont leur siège dans le tissu cellulaire, les autres avec Bernutz (3) estiment que les lésions sont exclusivement péritonéales. Ces discussions n'ont plus aujourd'hui pour nous qu'un intérêt historique puisque nous sommes convaincu qu'à l'origine de toutes ces suppurations pelviennes se trouvent la trompe et l'ovaire dont l'importance était tout à fait méconnue par les chirurgiens de cette époque. Mais au temps de Nonat et de Bernutz les théories de la cellulite pelvienne et de la

1. Bourdon. *Revue médicale*, 1841.
2. Nonat. *Gazette des Hôpitaux*, 1850, n° 25 et 1859, n° 25.
3. Bernutz. *Archiv. gén. de méd.*, 1857 et *Clin. méd.*, t. II.

pelvi-péritonite avaient une orientation toute différente. Les partisans de la propagation par le tissu cellulaire étaient d'avis d'ouvrir le cul-de-sac vaginal pour arrêter le développement de la suppuration, les partisans de la propagation par le péritoine ne voyaient que du danger à pratiquer une opération de cette nature.

Ne voyant pas l'origine annexielle des infections du petit bassin les auteurs de cette époque ne songeaient qu'au traitement de la pelvi-péritonite et du phlegmon péri-utérin et ce sont les chapitres écrits sur ces deux affections qui peuvent seuls nous donner un aperçu des conceptions thérapeutiques de ces chirurgiens.

Donc, vers 1850, les opinions sont divisées sur la nature et le siège précis des suppurations pelviennes de la femme et les auteurs se classent en partisans de la cellulite pelvienne et partisans de la pelvi-péritonite. Au point de vue thérapeutique ils sont interventionnistes ou abstentionnistes et parmi les interventionnistes, il y a les partisans du bistouri ou du trocart et les partisans des caustiques.

Faisant abstraction de toute considération de doctrine sur l'origine de l'infection pelvienne on comprend l'hésitation des chirurgiens comme Aran, Becquerel et West à une époque où la moindre intervention pouvait avoir des conséquences très graves, la main de l'opérateur étant l'agent direct d'associations microbiennes souvent plus dangereuses que l'affection pour laquelle elle était intervenue. Aussi que d'hésitations objectives avant de prendre le bistouri ou le trocart. Nous avons vu que Bernutz, Gallard, Siredey, Hégar, etc. attendent la fièvre hectique pour inter-

venir et nous lisons aussi la prudence recommandée par Aran lorsque en désespoir de cause l'opération est décidée. Il recommande un trocart de petites dimensions qui sera introduit dans le vagin sur l'index de la main gauche et ponctionnera d'abord doucement la tumeur pour pénétrer au second ou au troisième coup plus profondément si le pus n'a pas jailli aussitôt.

Récamier et Demarquay (1) sont les plus audacieux. Chaque fois qu'une collection péri-utérine fait saillie dans le vagin ils sont d'avis d'intervenir soit par la ponction suivie d'injection modificatrice, soit par l'incision à l'aide d'instruments tranchants. Récamier se servait d'un outil analogue au pharyngotome et agrandissait la plaie avec un bistouri boutonné. L'instrument de Demarquay se composait d'une tige d'acier sur laquelle en glissait une autre à bord et à extrimités mousses pour protéger les parties molles.

Nous arrivons à l'époque antiseptique et les chirurgiens sont moins hésitants. Gaillard Thomas distingue le cas où malgré la présence d'une collection purulente, la malade n'éprouve aucun désordre local ou général, il faut alors abandonner l'abcès à lui-même, et celui où la présence du pus a déterminé des phénomènes d'infection grave, il conseille alors d'intervenir par tous les moyens pour ouvrir la collection.

Spencer-Wells est interventionniste. Quant à Courty il est partisan d'opérer au cas de phlegmon du ligament large pour éviter la propagation du pus à tout le petit bassin,

---

1. Demarquay. *Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 66.

mais il conseille l'abstention au cas de pelvi-péritonite. Schrœder (1) écrit en 1885 que lorsqu'un exsudat volumineux s'est mis à suppurer il faut lui donner issue aussitôt qu'on peut le faire sans danger et que la meilleure manière c'est de l'attaquer par la voie vaginale à moins que le siège élevé n'y mette obstacle. Il préconise les lavages de la poche à l'eau phéniquée.

Emmet (2), en 1887, recommande l'ouverture large du cul-de-sac vaginal. Ces abcès, dit-il, doivent être ouverts sans attendre qu'ils se feraient eux-mêmes une voie. L'ouverture doit être assez large pour permettre des lavages dans sa cavité.

Cependant Hégar et Kaltenbach (1), sont encore d'avis d'attendre qu'il y a des signes d'intoxication septique pour décider la colpotomie dans les autres cas, ils attendent la résorption ou l'ouverture spontanée. En cas de doute sur la nature ou le siège exact de l'abcès ils ont recours à la ponction exploratrice.

Brickell (4), de New-Orléans, pense au contraire que lorsqu'il y a un abcès pelvien l'évacuation doit se faire par le vagin le plus tôt possible.

La colpotomie ne conserva pas longtemps cette faveur si difficilement conquise. Les premières laparotomies de

---

1. Schrœder. *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1885.

2. Emmet *Pratique des maladies des femmes*, 1887.

3. Hégar et Kaltenbach. *Traité de gyn. opérat.*, 1885.

4. Brickell. *American Journal of the medical sciences. Philadelphie*, 1887.

Hégar et de Lawson-Tait n'avaient pas été suivis de résultats heureux. Il était difficile d'ouvrir le ventre avec l'outillage et l'asepsie relative dont disposaient les chirurgiens de cette époque. Mais avec le progrès rapide de la technique chirurgicale les interventions par la voie abdominale virent diminuer de jour en jour leur mortalité. Bientôt Lawson-Tait faisant fi des vieux procédés opératoires pouvait s'écrier : « C'est un crime chirurgical de laisser une malade descendre dans la tombe sans opération, quand celle-ci présente une chance de soulagement ». La laparotomie devint une intervention courante et la colpotomie fut reléguée dans l'oubli.

En France comme en Angleterre, en Allemagne, en Amérique les chirurgiens se mirent à la chirurgie abdominale et on abusa de la laparotomie jusqu'au moment où une réaction se produisit partout. A l'étranger Martin, Emmet et Mundé ; en France Poullet, Doléris, Le Dentu montrent les exagérations de la nouvelle méthode et on songea à limiter ces interventions brillantes mais radicales en revenant aux méthodes conservatrices tombées dans l'oubli.

Mais en 1890, à la séance du 8 juillet de l'Académie de Médecine, Péan vient proposer l'hystérectomie vaginale comme traitement de la suppuration pelvienne. La nouvelle opération non seulement ouvrait la porte à la collection purulente, mais extirpait l'utérus et parfois même les annexes pour établir un drainage plus parfait que la colpotomie et enlever même les parties infectées. Dans la lutte qui s'engagea partout entre la castration ovarienne abdominale et la castration utérine vaginale, la colpotomie n'entre pas en ligne de compte.

Cependant le 2 juillet 1890, à la Société de Chirurgie, Bouilly avait publié un certain nombre d'observations de collections purulentes, salpingées et ovariennes, ouvertes par la voie vaginale et, pour la discussion qui suivit cette communication, Routier, Reclus, Monod avaient cité des cas personnels en préconisant cette intervention, tandis que Terrillon et Terrier recommandaient de ne pas s'arrêter à la colpotomie et de pratiquer d'emblée l'ablation des annexes par la laparotomie. A la séance du 2 juillet 1890 de la Société de Chirurgie Polaillon signalait la conduite de Laroyenne, qui, depuis 1886, préconisait l'incision large du cul-de-sac postérieur et se préoccupait de réhabiliter la colpotomie.

Landau en Allemagne, Vulliet à Genève, se firent aussi les défenseurs de la colpotomie et bientôt, après les chaudes discussions des sociétés savantes entre la castration abdominale et l'hystérectomie vaginale, la plupart des chirurgiens se souvinrent de la simple incision vaginale qu'ils pratiquèrent dans le but de guérir les malades en conservant les organes pelviens ou au moins pour amener la sédation des accidents aigus.

Wiedow (1) pratique en deux temps l'incision du cul-de-sac postérieur.

Fritsch (2) pratique souvent la colpotomie et lui reconnaît de grands avantages dans les affections métritiques d'origine puerpérale.

---

1. Wiedow, cité par Delbet, *in Traité de Chirurgie.*

2. Fritsch. *Traité des abcès pelviens.* Congrès Soc. all. de gynéc., 1891.

Delbet (1), tout en reconnaissant que la colpotomie a de nombreuses indications, trouve qu'il ne faudrait pas en faire une opération de pratique courante car elle peut offrir des dangers.

Dans les *Archives de Tocologie et de Gynécologie* Gouilloud (2) vient montrer les avantages de l'opération de Laroyenne. Il cite les cas où elle a été pratiquée avec succès pour des suppurations pelviennes, des pelvi-péritonites et des annexites et lui reconnaît le grand avantage d'être une opération essentiellement bénigne et de permettre des grossesses ultérieures. Il avait déjà fait une communication sur ce sujet au Congrès français de 1889.

Le Bec (3), en 1892, recommande aux chirurgiens d'être éclectiques et rapporte les résultats qu'il a obtenus au cas de pyosalpinx par la colpotomie. En 1893 il revient sur le traitement des suppurations pelviennes et notamment sur la conduite à tenir en présence des pyosalpinx. Il est d'avis de commencer toujours par une incision large du cul-de-sac postérieur et de ne pas faire l'hystérectomie vaginale que si cette première intervention est insuffisante à guérir radicalement.

Prengrueber (4) recommande aussi de commencer le traitement des poches purulentes salpingées par l'excision du Douglas.

---

1. Delbet. *Suppurations pelviennes*. Paris, 1891.
2. Gouilloud. *Archives de Tocol. et de Gynécol.*, 1891.
3. Le Bec. *Gazette méd.*, Paris, 1892. — *France médic.*, 8 déc. 1892.
4. Prengrueber. *Bull. méd.*, 14 mai 1893.

Le Dentu (1), dans un article de la *Gazette Médicale* des Hôpitaux, dit qu'il emploie très volontiers la ponction et l'incision du cul-de-sac postérieur et que l'opération faite largement procure des guérisons complètes.

Bonnet (2), dans sa thèse de 1894, préconise la méthode de Laroyenne comme une méthode de choix et ajoute à la simple colpotomie la libération des annexes et les manœuvres de salpingotripsie et d'ovariotripsie préconisées par son maître Condamin. Il étend beaucoup le domaine de l'incision vaginale ainsi comprise et la croit capable de mener à bien le traitement de toutes les suppurations pelviennes.

En 1895 la thèse de Rodriguez (3) faite sous l'inspiration de son maître Tuffier, rapporta 16 cas de salpingites suppurées avec 14 guérisons.

La Bonnardière cite quatre-vingts opérations de Vincent (de Lyon) toutes suivies de guérison.

En 1896, Hartmann (4) rapporte 167 observations personnelles d'annexites. Dans 22 cas le chirurgien a pratiqué la colpotomie postérieure.

Pozzi (5), en 1898 dans une clinique de l'hôpital Pascal, indique d'une façon très précise les avantages de la colpotomie en même temps qu'il montre qu'elle saurait toujours suffire à guérir complètement les malades et s'élève con-

---

1. Le Dentu. *Gazette méd. des hôpitaux*, 27 février 1892.
2. Bonnet. Thèse Lyon, 1894.
3. Rodriguez, Thèse de Paris, 1895.
4. Hartmann. *Ann. de Gyn. et obstétric* 1897.
5. Pozzi. *De la colpotomie dans les suppurat. pelviennes*, *Semaine Gynécologique*, 1898.

tre la tendance de certains chirurgiens à tout traiter par l'incision du Douglas.

Segond (1) partage l'opinion de Pozzi sur la valeur de l'incision vaginale.

Depuis dix ans la colpotomie est une opération qui a acquis complètement droit de cité. Les chirurgiens étendent plus ou moins ses indications, mais tous l'admettent en même temps qu'ils la reconnaissent pour la plupart insuffisante à guérir tous les cas de suppuration pelvienne.

Nous pouvons résumer ainsi l'historique de la colpotomie.

Première phase. — Elle est admise au même titre que toutes les incisions dans les cas où une grosse collection purulente fait bomber le vagin. Mais on s'y décide timidement s'il y a urgence absolue.

Deuxième phase. — Elle est à peu près abandonnée au moment où la laparotomie ou bien l'hystérectomie vaginale semblent le traitement exclusif de toutes les maladies génitales de la femme.

Troisième phase. — Réhabilitée par Laroyenne et Bouilly, elle tend à devenir entre les mains de quelques chirurgiens l'intervention systématique des suppurations pelviennes.

Quatrième phase. — On la regarde actuellement avec Pozzi et Segond comme une opération très utile dans certains cas mais incapable le plus souvent de guérir radicalement les inflammations des annexes.

---

1. Segond. Congrès de Bruxelles, 1892. — Congrès de Genève, 1896. — *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VI, p. 540 et suiv.

CHAPITRE II

Indications

Il est inutile de parler ici de l'incision du cul-de-sac postérieur en les comparant à la castration abdominale et à l'hystérectomie vaginale. Bonnet, dans sa thèse inaugurale semble ériger la colpotomie en méthode systématique de traitement des salpingo-ovarites. Nous connaissons trop bien actuellement les lésions de la suppuration pelvienne avec altérations profondes des trompes, des ovaires, de l'utérus et parfois de l'appendice pour songer un seul instant qu'elles puissent être curables par une simple ouverture de poches suppurées. Le traitement de la métro-salpingite doit être d'abord médical (repos absolu au lit pendant plusieurs mois et injections et lavements chauds).

Les cas qui ne guérissent pas par ce traitement simple mais qui a l'inconvénient de mettre la patience des malades à l'épreuve sont presque tous justiciables de l'hystérectomie abdominale ou de l'hystérectomie vaginale suivant les circonstances et aussi le chirurgien.

La colpotomie n'est applicable que dans certains cas que nous essaierons de préciser tout à l'heure mais déjà nous

pouvons établir parce que à notre époque la chose est de toute évidence qu'elle ne saurait être prônée comme traitement systématique de la salpingo-ovarite.

Et comment la simple incision d'une ou de plusieurs poches suppurées serait-elle suffisante dans la plupart des inflammations annexes alors que nous voyons parfois les chirurgiens obligés de faire subir à leurs malades une seconde opération parce que lors d'une première intervention, une annexe, un fragment d'annexe ou l'utérus ont de parti-pris ou à cause de difficultés opératoires été laissés en place ? Nous croyons aussi qu'il est possible d'éliminer l'opinion de ceux qui comme Henrotin de Chicago et Mangin de Marseille proposent d'inciser de parti-pris le cul-de-sac postérieur de toutes les femmes qui commencent à souffrir de leurs annexes.

La colpotomie a, comme toute opération chirurgicale, des indications qui peuvent être plus ou moins précises mais qu'il faut justement essayer de préciser au lieu de l'adopter comme traitement unique.

Laroyenne donne comme indication essentielle de sa méthode que la collection purulente soit bien accessible par le vagin. Toutefois le chirurgien lyonnais ne croit pas indispensable que l'on perçoive la fluctuation. Il ne se contente pas non plus d'ouvrir les abcès chroniques péri-utérins, faisant saillie dans le cul-de-sac de Douglas. Il généralise sa méthode à toutes les collections péri-utérines quel que soit leur siège et quel que soit leur contenu. « En règle générale il suffit, dit Gouilloud, d'avoir par le toucher et le palper combinés la sensation bien nette, certaine d'une poche ou même simplement d'une masse inflammatoire du

volume d'une orange, d'une mandarine qui puisse être ponctionnée par le trocart pénétrant jusqu'à elle par le cul-de sac de Douglas Cette sensation nette est suffisante pour l'application innocente et heureuse de la méthode de Laroyenne ».

Ces indications opératoires des chirurgiens lyonnais n'ont pas été admises sans contestation et on a reproché à la méthode de Laroyenne d'être trop étendue dans son application et d'exposer à des ponctions blanches parfois dangereuses et en tout cas inutiles. Nous croyons en effet qu'il n'est pas nécessaire d'intervenir dans tous les cas d'annexites déterminant une induration dans le Douglas. Non pas, croyons-nous, qu'il y ait danger de blesser un organe si l'intervention est bien conduite mais nous ne voyons pas l'utilité d'inciser le cul-de-sac dans tous les cas.

Bouilly donne à la colpotomie des indications différentes : « Les indications de l'ouverture vaginale, dit-il, m'ont paru résider plus spécialement dans l'état général grave de quelques malades, contre-indiquant la laparotomie. En plus, il faut une poche unique, un véritable abcès chaud de la trompe ou de l'ovaire, ce que l'on reconnaît à la netteté de la fluctuation. Il faut aussi que les lésions soient unilatérales ». Ainsi donc il ne recommande pas d'emblée la colpotomie dans tous les cas mais voit seulement l'utilité de la pratiquer lorsque l'état général est trop mauvais pour permettre sans grands risques une opération plus sérieuse. Nous croyons qu'il faut entendre par cette gravité de l'état général d'abord évidemment l'état de dépression et même de cachexie de certaines malades, mais aussi et c'est peut-être le cas qui se présente plus fré-

quemment l'état fébrile de la femme. Nous sommes arrivé par l'étude des observations de suppurations pelviennes à cette conception que le premier facteur, celui dont le chirurgien doit se préoccuper bien avant tout autre c'est l'état thermique de sa malade. Une intervention abdominale a beau être pénible par les adhérences qui fixent entre eux les organes, par les collections suppurées qu'il faut presque infailliblement ouvrir dans le ventre l'opérée a toutes les chances de guérir si la laparotomie a été entreprise complètement à froid, c'est-à-dire plusieurs semaines ou même plusieurs mois après la dernière élévation thermique. Au contraire l'ablation des annexes la plus simple revêt une gravité énorme si la malade est opérée avant la sédation parfaite des phénomènes fébriles.

Nous sommes loin actuellement de l'opinion de Terrier qui s'écriait à la séance du 9 juillet 1890 de la société de chirurgie : « Je ne saisis pas bien les différences que l'on cherche à établir entre les suppurations pelviennes aiguës et chroniques. L'élévation de la température me semble même constituer une excellente indication de la laparotomie pour les cas qui nous occupent ».

D'autres chirurgiens ont insisté comme Bouilly sur la nécessité de se trouver en présence d'une salpingite unilatérale. Nous ne voyons pas bien la raison pour laquelle la colpotomie ne serait exécutée qu'au cas où une seule trompe est suppurée. D'abord il est rare que dans ces infections graves dont parle Bouilly les deux trompes ne soient pas envahies et pour le plus souvent, le foyer purulent qui vient se présenter dans le cul-de-sac postérieur n'est pas

formé par l'annexe elle-même mais par un ou plusieurs abcès péri-annexiels

D'ailleurs il nous paraît bien difficile dans les salpingites aiguës qui s'accompagnent toujours de pelvi-péritonite d'affirmer par l'examen clinique l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions en admettant même que l'inflammation ait respecté l'une des trompes.

Nous retiendrons donc la première des indications données par Bouilly, c'est-à-dire la gravité de l'état général sans nous occuper de l'unilatéralité sur laquelle il a insisté.

Chaput se préoccupe aussi de cette dernière condition et voit comme Bouilly l'indication principale de la colpotomie dans le mauvais état général de la malade. Dans la thèse de son élève Morély il insiste même sur la nécessité de l'incision vaginale dans les cas où les symptômes infectieux interdisent une intervention par la voie haute. Voici du reste les indications opératoires de Morély :

1° Il faut toujours pratiquer l'incision ou la ponction vaginale à notre manière dans les pyosalpingites septiques récentes, lorsque la collection est assez volumineuse (depuis un œuf de poule) bas située, prolabant dans le cul-de-sac postérieur ;

2° Si la collection est haut située mais encore accessible il faut encore l'attaquer par l'incision vaginale ;

3° Les pyosalpinx chroniques, volumineux, facilement perçus par le palper bimanuel, tombés dans le cul-de-sac postérieur ou facilement abaissables de ce côté, devront être ponctionnés.

Seront seules traitées par la voie haute ou l'hystérec-

tomie vaginale, les poches tubaires haut situées, inaccessibles et non abaissables ;

4° En ce qui concerne les hydrosalpinx, ils peuvent guérir et guérissent par la simple ponction. cette ponction sera toujours indiquée lorsque l'hydrosalpinx sera bilatéral. Si au contraire, on est sûr qu'il y a unilatéralité, nous ne voyons aucun inconvénient à extirper la trompe malade après ouverture préalable du ventre, puisque la conservation d'une trompe suffira à préserver la ponction.

Voilà donc un auteur qui se préoccupe de la question d'unilatéralité comme Bouilly mais à l'encontre de ce dernier il recommande l'incision vaginale si la salpingite existe des deux côtés et la laparotomie si une seule trompe est malade.

Nous l'avons déjà dit. là n'est pas à notre avis le point important. Morély s'en préoccupe parce qu'il espère guérir complètement sa malade par la colpotomie. Mais nous croyons au contraire que l'incision vaginale ne peut combattre que les accidents aigus et que la salpingite elle-même si elle ne guérit pas spontanément par le repos, relèvera plus tard de l'hystérectomie vaginale ou de la laparotomie.

L'opinion que nous émettons était déjà celle de Segond dans sa communication au Congrès de Bruxelles de 1892. Il la regardait déjà comme une méthode d'exception, applicable tout au plus aux collections phelgmoneuses récentes, à certaines hématocèles suppurées, à quelques rares variétés d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne. Il préférait le plus souvent l'hystérectomie vaginale.

Peut-être serions-nous plus prodigues que Segond de la

colpotomie. Dans les accidents aigus lorsqu'il faut intervenir nous préférerions commencer par l'incision du cul-de-sac et nous la ferions même s'il n'y avait pas de collection bien formée. Doyen dans son *Traité de technique chirurgicale* cite des cas où la colpotomie postérieure n'ayant pas rencontré de pus détermina cependant la cessation des phénomènes infectieux et nous rapportons une observation de Le Nouëne où la colpotomie fut pratiquée dans un état fébrile grave n'amena pas d'évacuation de pus et fit tomber le jour même la température.

Pozzi dans une clinique faite à l'hôpital Pascal et rapportée dans la *Semaine gynécologique* donne son opinion sur la valeur de la colpotomie. Nous ne saurions mieux faire que de la transcrire ici :

« Les malades qu'on opère par la colpotomie ne sont pas complètement guéris. Il leur reste des trompes malades. Il est extrêmement probable que notre malade reviendra à l'hôpital dans quelques semaines, dans quelques mois et que nous assisterons à des accidents imputables à son affection annexielle. Si cette femme revient, comme la chose est fort probable, je viens de le dire, j'aurai à traiter ses trompes. La question se posera de savoir s'il faut lui faire soit la laparotomie, soit l'hystérectomie vaginale.

J'estime que l'ablation de l'utérus et des annexes sera plus indiquée à cause des adhérences qui existent par en bas et qui fixent l'utérus et ses annexes dans une position basse.

Mais si l'hystérectomie vaginale doit être nécessaire dans quelque temps, pourquoi n'ai-je pas pratiqué cette

opération de préférence à la colpotomie ? Pourquoi ai-je fait d'abord l'incision du cul-de-sac postérieur, alors que je pense que l'hystérectomie devra être tôt ou tard pratiquée ? Il eût été préférable, direz-vous peut-être, d'éviter de faire une seconde opération.

Je pense que dans les inflammations aiguës du petit bassin, quand les phénomènes infectieux sont récents, il vaut mieux ne pas pratiquer la castration totale par le vagin. En effet, l'hystérectomie vaginale, exécutée en pleine période aiguë, risque de causer une infection générale et par suite la mort. Au début des accidents infectieux, quand la fièvre est élevée, on ne doit pas pratiquer l'hystérectomie vaginale et encore moins la laparotomie. Il faut attendre la fin des accidents aigus car les microbes ont alors perdu une partie de leur virulence. »

Quand le pus est septique et virulent il y a lieu de faire simplement la colpotomie. Plus tard ce sera le tour soit de l'hystérectomie soit de la laparotomie ; mais que l'on commence toujours par l'opération la moins grave, c'est-à-dire par la colpotomie qui permet d'attendre le moment opportun.

Il y a un autre cas où la colpotomie est meilleure que l'hystérectomie. S'agit-il d'une énorme suppuration péri-utérine, bien accessible par le vagin, se rencontrant à une époque assez éloignée du début des phénomènes aigus, chez une femme déprimée, débile, cachectique ou du moins ayant un mauvais état général. Au lieu de pratiquer l'hystérectomie il vaut mieux faire la colpotomie, opération plus bénigne. Reynier pratique seulement la colpotomie dans les cas de salpingite aiguë et la considère

comme une opération surtout palliative. Sur 212 opérations il a traité 46 malades par la colpotomie et neuf fois il fut obligé de pratiquer une opération secondaire.

Legueu pense que la colpotomie peut être curative dans les cas de pyosalpinx unique, reste seulement curative lorsque des poches multiples ne peuvent être ouvertes simultanément, ni également drainées.

Quelle est la gravité et quels sont les résultats de la colpotomie ? Il faut envisager les conséquences de cette opération immédiatement et à distance.

Peu d'opérations présentent la parfaite innocuité de la colpotomie. « Nous n'avons jamais eu, dit E. Blanc, la triste chance de faire l'autopsie d'une de nos malades ». Presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point et on comprend difficilement l'objection faite par Terrillon à l'incision du cul-de-sac postérieur d'être une opération dangereuse. Nous ne reviendrons pas sur la blessure possible du rectum, de l'intestin grêle, des uretères, sur les craintes d'une hémorragie de la tranche vaginale ou d'une déchirure de l'artère vaginale. Tout est possible en chirurgie mais il faut bien avouer qu'ici en se conformant à la technique classique de la colpotomie on ne saurait courir des risques appréciables. Toutes les statistiques sont unanimes sur ce point. Quant au résultat il est presque toujours atteint si au moins on ne réclame de l'intervention que ce qu'elle est capable de donner. Presque toujours les phénomènes infectieux cèdent aussitôt et l'état général s'améliore sans tarder. Nous avons déjà fait allusion à une opération du docteur Le Nouëne qui fut suivie de la défervescence immédiate et définitive bien qu'il ne soit jamais sorti de pus par

l'incision vaginale. Le plus souvent la suppuration se produit aussitôt et persiste plusieurs jours ou plusieurs semaines mais dès le lendemain de l'opération la malade reprend des forces, de l'embonpoint, de l'appétit et devient apyrétique. Cet heureux résultat est obtenu même quand il existe plus haut des poches purulentes que le doigt du chirurgien n'a pu atteindre et nous avons souvent constaté lors de la laparotomie rendue nécessaire ultérieurement la présence de grasses collections qui n'avaient déterminé aucun mouvement fébrile depuis l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Il nous semble assez logique d'attribuer cette diminution de la virulence microbienne à la disparition de la tension qui existait dans ces milieux infectés avant la colpotomie.

Voilà pour les conséquences immédiates de l'incision vaginale. Les conséquences éloignées ont prêté davantage à discussion. Les malades sont-elles définitivement guéries et dans quelle proportion ?

Nous l'avons déjà dit, certains auteurs ont été sur ce point très optimistes. Laroyenne et ses élèves ont cru guérir définitivement la plupart des salpingites par la colpotomie.

« Pendant les vingt mois de notre clinicat près de M. Laroyenne, dit Gouilloud, nous avons vu ponctionner et avons ponctionné nous-même soixante-dix collections du petit bassin, et la guérison s'est produite le plus souvent après des suites de couches très simples. »

Dans un mémoire paru en 1891, Gouilloud consigne le résultat de 31 observations nouvelles qui se décomposent comme suit : 6 ont trait à des collections séreuses ou hématiques et 25 à des collections suppurées. Ces 25 cas au

point de vue des résultats, sont divisés par Gouilloud en trois classes :

1° 13 résultats parfaits ;

2° 3 résultats très satisfaisants quoique non parfaits ;

3° 6 résultats médiocres.

Les 3 autres étaient encore trop récents pour qu'on pût conclure.

Voici d'autre part la statistique de Morély pour 34 malades traités par la colpotomie suivant le procédé de Chaput :

« Sur 34 malades nous savons ce que 19 sont devenues.

Or, sur ces 19 il se trouve justement que toutes ont été radicalement guéries par l'incision ou la ponction vaginale.

En ce qui concerne les pyosalpingites, voici notre statistique de guérison :

Guérisons définitives se maintenant depuis	6 ans...	1
—	5 ans...	1
—	18 mois.	3
—	17 mois.	1
—	15 mois.	2
—	12 mois.	2
—	11 mois.	1
—	10 mois.	1
—	7 mois.	1
—	6 mois.	1
—	5 mois.	1

En ce qui concerne les hydrosalpinx les résultats sont aussi favorables.

Guérison définitive depuis 6 ans..... 1
— 5 ans..... 1
— 1 an..... 1

La méthode de l'incision vaginale ou de la ponction à notre manière, qui n'en est du reste qu'une variante, peut-elle guérir définitivement les malades atteintes de pyo ou d'hydrosalpinx? Cela est bien certain. La plupart des malades traitées par cette méthode « *guérissent radicalement* ».

Hartmann cite au Congrès de Genève une statistique des malades opérées par lui:

22 colpotomies postérieures, o mort.

14 colpotomies pour lésions suppurées.

6 pour hématocèles

2 pour collections séro-fibrineuses du cul-de-sac postérieur.

Sur ce nombre 21 sont restées complètement guéries après la simple incision du foyer inflammatoire.

Mangin sur 122 colpotomies a obtenu 91 guérisons, 15 améliorations sérieuses, 10 améliorations moindres, 6 échecs.

Rodriguez dans sa thèse faite sous l'inspiration de Tuffier publie 25 observations d'affection pelvienne avec 21 guérisons encore observées deux à trois ans après l'opération.

Nous sommes en admiration devant ces résultats et en les considérant on ne peut s'empêcher de s'étonner qu'il soit pratiqué encore tant d'hystérectomies par l'abdomen ou le

vagin puisque la colpotomie suffit à guérir presque toutes les salpingites. Cependant nous avons interrogé plusieurs chirurgiens et tous ont été d'accord pour nous dire que les suppurations pelviennes guérissent bien rarement par la simple colpotomie. Nous avons vu pendant trois ans les cas du docteur Le Nouène et nous possédons sa statistique. Sur 23 cas de salpingites opérées par la colpotomie un seul semble guéri et seulement depuis quatorze mois. Nous avons assisté à des opérations faites plusieurs mois après la colpotomie et nous avons vu des annexes tellement malades qu'il était impossible à l'ouverture du ventre de dire où était l'utérus, la trompe droite ou la trompe gauche. Parfois un ovaire n'existait plus.

Souvent des collections purulentes se trouvaient encore derrière l'utérus ou sur son sommet.

Dans un certain nombre de cas l'appendice augmenté de volume était adhérent à la masse qui représentait les annexes du côté droit. Presque toujours l'opération se terminait par l'hystérectomie subtotale ou totale avec ablation de l'appendice. Et nous nous demandons comment ces lésions pouvaient guérir par une simple incision vaginale. Dans un cas la colpotomie avait été faite trois fois à cause de l'état fébrile de la malade. L'intervention était suivie chaque fois de la chute de la température mais après quelques semaines au moment où le chirurgien se disposait à opérer les frissons et la fièvre reparaissait. La malade a guéri à la suite de l'hystérectomie abdominale totale. Du reste dans tous les cas que nous avons vu opérer par le docteur Le Nouène les lésions étaient bilatérales, l'utérus volumineux et le chirurgien jugeait prudent non seulement

d'enlever les annexes des deux côtés mais de faire l'hystérectomie dont l'indication s'impose du reste de plus en plus à presque tous les chirurgiens.

Mais nous ne croyons pas que la colpotomie soit le traitement radical de la salpingite autrement il serait à souhaiter que toutes les femmes atteintes d'annexite chronique et vouées à l'hystérectomie voient à un moment leurs lésions se réchauffer pour qu'elles puissent guérir si simplement après une colpotomie.

L'incision vaginale ne saurait être le traitement exclusif de salpingite. C'est un adjuvant très utile dans certaines circonstances mais auquel il ne faut pas demander plus qu'il ne peut nous donner.

Voici, selon nous, les indications de la colpotomie. Ce sont à peu près celles qui ont été données par Segond et Pozzi.

Elle n'a de raison d'être qu'au cas des salpingo-ovarites aiguës et dans les deux circonstances suivantes .

1° Si la malade présente une grosse collection du cul-de-sac de Douglas qui menace de s'ouvrir dans le péritoine ou dans le rectum ou la vessie ;

2° Si les accidents aigus sont graves et ne semblent pas devoir céder au repos absolu.

Ces deux indications correspondent à peu près aux cas de pelvi-péritonite et de phlegmon iliaque. Nous n'avons pas cru utile de conserver cette division restée classique depuis les discussions de Nonat et de Bernutz qu'il y ait surtout pelvi-péritonite ou phlegmon du petit bassin c'est toujours l'annexite la cause de l'infection et c'est elle qu doit nous préoccuper avant tout.

Nous ne pratiquons donc la colpotomie que lorsqu'elle

est formellement indiquée et nous la croyons dans les autres cas non seulement inutile mais plutôt nuisible non pas à cause de la gravité de l'opération mais parce que l'incision vaginale amène des adhérences des annexes au cul-de-sac qui rendent plus tard le dégagement des annexes plus pénible lors de l'intervention radicale.

CHAPITRE III

Technique

Récamier avait fait construire pour la colpotomie un instrument analogue au pharyngotome.

Cet instrument consistait en un bistouri convexe dont la pointe et le tranchant étaient masqués à volonté par une lame d'argent de même forme mais un peu plus large. Cette lame glissait sur le dos d'un bistouri au moyen d'une coulisse et se terminait du côté du manche par un prolongement qui servait à le faire mouvoir. La femme était couchée sur le dos, les cuisses écartées et maintenues par un aide. Introduisant l'index gauche dans le vagin, l'opérateur reconnaissait le cul-de-sac postérieur ; puis prenant l'instrument de la main droite, la lame absolument cachée, il le faisait avancer jusqu'au contact de la tumeur. C'est alors seulement que, démasquant la pointe du bistouri d'une longueur donnée, le chirurgien ponctionnait la collection. L'instrument était alors retiré avec les mêmes précautions que lors de son entrée. L'incision était conduite dans le sens vertical, afin de ne pouvoir

ainsi intéresser les artères utérines. Mais on comprend aisément qu'une plaie de 4 à 5 millimètres créée par un bistouri, risque d'être fort peu suffisante et doive se refermer vite. Aussi Récamier avait-il toujours l'habitude d'agrandir la plaie à l'aide d'un bistouri boutonné.

L'instrument de Demarquay se compose d'un manche de 8 centimètres portant une tige d'acier de 20 centimètres, terminée par une pointe triangulaire acérée. Sur cette tige on glisse une autre à bords et à extrémité mousses dont la course, bornée à un centimètre et demi environ, est limitée par deux petits clous implantés dans la tige principale.

Le but de cette seconde portion de l'instrument est de protéger les parties molles du contact de la pointe, lorsque la tige protectrice est élevée à son maximum ou de laisser la pointe libre lorsqu'on attire vers soi avec un des doigts de la main droite, le bouton qui termine inférieurement la tige mousse.

Au-dessus de la tige acérée et soudée avec elle d'une part près du manche, d'autre part près de la pointe, se trouve couchée une canule en maillechort, légèrement aplatie, munie d'un robinet ; cette canule, coupée obliquement à son extrémité supérieure de manière que ses bords se continuent insensiblement avec ceux de la pointe acérée, se relève au contraire à angle aigu, non loin du point le plus rapproché du manche, auquel elle est soudée à la tige principale et au-dessous du robinet.

Enfin, entre la tige qui supporte la pointe et la canule plate qui est couchée sur elle, se trouve une mince lame d'acier tranchant sur l'un de ses bords, qui se trouve

complètement cachée lorsque l'instrument est fermé et qui au besoin fait saillie, et s'écarte de l'axe de l'instrument à la volonté de l'opérateur, par le même mécanisme à bascule que celui du lithome caché muni d'un curseur destiné à régler cet écart (Demarquay).

L'instrument dont se servait Aron qui ne se décidait à la ponction qu'à la dernière extrémité, n'était qu'un bistouri entouré d'une bandelette de diachylon qui avait pour mission d'empêcher la pointe de pénétrer trop profondément.

A l'époque de Récamier comme depuis lors du reste certains chirurgiens pratiquaient des lavages dans la poche, d'autres s'en abstenaient. On se servait pour l'intervention ou du bistouri ou du trocart. Celui-ci était plus en vogue. Chassaignac en avait fait construire un modèle qui fut d'un grand usage.

On se servait du trocart droit ou court, capillaire, moyen ou gros. En général on posait un trocart du volume de celui que nous employons actuellement pour les hydrocèles. La ponction faite on pouvait laisser le trocart en place ou le retirer.

Laroyenne décrivit trois temps à sa méthode :

1° Ponction à l'aide du trocart à canule ;

2° Débridement à l'aide du métrotome de Simpson introduit, fermé et retiré ouvert ;

3° Hémostase.

Voici comment Morély décrit l'opération :

« La ponction se pratique à l'aide d'un trocart du diamètre de celui à hydrocèle ou courbure et longueur de l'hytéromètre. La canule est fendue à son extrémité dans la

moitié de sa longueur pour pouvoir remplir l'office d'une sonde canulée. Le trocart aminci en forme de lame dans les 4/5 de sa moitié supérieure à une flexibilité qui lui permet après avoir traversé la portion rectiligne de la canule de s'incurver pour franchir son extrémité légèrement recourbée La ponction que l'on exécute une fois achevée, la présence du liquide bien constatée, pour pratiquer le débridement on introduit dans la cannelure directrice du trocart qui a été laissé en place, un lithotome qui chemine aisément jusqu'à la cavité pathologique. Le lithotome est retiré en divisant les tissus dans une ouverture compatible avec l'introduction facile d'un ou deux doigts ».

Laroyenne trouve que son procédé réunit les avantages de la sécurité de la ponction à ceux d'une large incision. Tous les chirurgiens ne sont pas de l'avis de Laroyenne et son instrumentation nous paraît bien compliquée pour une chose aussi simple. Landau a fabriqué un instrument à glissière qui permet de faire la colpotomie sans le secours des valves ni d'une pince à traction en se guidant sur l'index gauche.

Bouilly voulut se servir du thermocautère mais il eut une hémorragie secondaire inquiétante.

Actuellement les chirurgiens pratiquent presque tous la colpotomie à l'aide d'un bistouri ou plutôt de ciseaux qui viennent effondrer le cul-de-sac postérieur sous l'œil de l'opérateur qui fixe le col de la main gauche à l'aide d'une pince de Museux, la paroi postérieure du vagin étant tenue écartée par une valve qu'un aide placé à gauche du chirurgien maintient de la main droite.

Voici comment, dans sa clinique du 18 février 1898, M. le

professeur Pozzi décrit l'opération : « J'ai mis à découvert le champ opératoire avec des valves et fixé le col. Puis j'ai pratiqué au niveau du cul-de-sac postérieur, une incision transversale, s'étendant peu de chaque côté de la ligne médiane. La section a porté d'abord sur la paroi vaginale, j'ai ensuite reconnu avec l'index la poche tubaire que j'ai incisée. Après l'évacuation du pus j'ai pratiqué avec précaution une injection aseptique dans la poche, j'ai mis un tube en T et un tamponnement à la gaze iodoformée » : C'est la technique la plus simple et la moins dangereuse.

Quelques chirurgiens ont associé au lavage aseptique ou antiseptique de la poche le curetage de la paroi : mais cette pratique peut offrir des dangers par déchirure des organes voisins ou des adhérences qui limitent l'infection. Il est préférable de se contenter du doigt. L'index et le médius peuvent être introduits sans danger dans la poche car l'ouverture a été en moyenne de 3 centimètres. Un aide, dans certains cas où la poche est volumineuse appuiera doucement sur la paroi abdominale, poussant la poche vers les doigts des chirurgiens.

Le point le plus important est que l'opérateur tout en respectant les adhérences, pénètre dans les poches suppurées pour en ouvrir le plus possible.

Cette intervention au bistouri ou aux ciseaux, ne présente aucun danger si l'instrument et ensuite le doigt suivent bien la paroi postérieure de l'utérus. Il faut pénétrer doucement pour ne blesser aucun viscère et cependant une certaine fermeté est nécessaire pour ouvrir les cloisons.

Il est rare qu'on eut à s'occuper d'une hémorragie.

La tranche vaginale saigne un peu mais le suintement s'arrête facilement. Au besoin on tamponnerait plus ou moins la plaie pendant quelques jours.

Chaput a imaginé en 1893, une pince à laquelle il a donné le nom de pince-trocart et qui écarte les lèvres de la plaie après avoir fait la ponction : nous ne voyons pas l'avantage de cet outillage spécial.

Les soins post-opératoires sont très simples.

Tous les moyens de drainage sont bons. On peut se servir de mèches de gaze aseptique à condition qu'elles ne soient pas trop tassées.

Leur emploi serait utile au cas de suintement sanguin de la tranche vaginale.

On peut aussi avoir recours aux tubes de verres. Mais la plupart des chirurgiens se servent des drains en caoutchouc. L'important est de bien maintenir un bon drainage pendant plusieurs semaines par un orifice large.

C'est le meilleur moyen de ne pas s'exposer à un retour des phénomènes fébriles et d'éviter le plus possible les fistules qui ont été reprochées à la colpotomie. Mais il faut bien avouer que malgré tout, celles-ci se produiront fréquemment, ce qui n'est pas fait pour nous surprendre puisque nous savons que presque toujours la colpotomie est insuffisante à guérir radicalement la suppuration pelvienne. Nous ne pouvons mieux terminer qu'en rappelant la comparaison de M. le professeur Pozzi. « Un abcès dentaire incisé peut guérir, mais l'on ne sera pas radicalement débarrassé du mal, tant que persistera la dent malade. Il en est de même pour la collection péri-utérine et la salpingite ».

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

(Dues à l'obligeance du Dr Le Nouëne)

OBSERVATION I

Madeleine B..., vingt-cinq ans, entre le 13 mars 1905 à l'hôpital Pasteur du Mans parce qu'elle souffre dans le ventre depuis trois ans. Les douleurs sont beaucoup plus vives depuis quelques jours. Température 38° 7. Ballonnement du ventre. Pouls à 134.

Les phénomènes fébriles persistent quatre jours, la température variant de 38°3 à 39°2 le soir. Le cul-de-sac postérieur est tendu et devient de plus en plus douloureux. L'utérus est tout à fait immobilisé entre les deux culs-de-sac latéraux très tendus.

18 mars. — Colpotomie postérieure, soir chloroforme. Il s'écoule environ 200 grammes de pus. Lavage de la poche. Drainage.

La malade sort le 19 avril ne souffrant plus.

Elle revient à l'hôpital le 22 janvier 1906 parce qu'elle n'a cessé de souffrir dans le ventre. Les deux culs-de-sac latéraux sont douloureux. Pas de température. Hystérectomie abdominale subtotale le 28 janvier. Guérison. La femme a été revue plusieurs fois depuis en parfaite santé.

OBSERVATION II

Adèle L..., quarante et un ans, entre le 2 juillet 1905 à l'hôpital Pasteur. Douleurs vives dans les deux côtés du ventre. Pas de température. Le cul-de-sac postérieur bombe nettement. La malade dit qu'elle souffre depuis trois ans. Colpotomie. Il sort deux cuillerées à bouche de pus. L'opération a été faite le 4 juillet. L'opérée sort le 9 août.

Elle rentre à l'hôpital le 30 décembre 1905 parce qu'elle souffre encore du ventre. Pas de température. L'utérus est immobilisé entre les annexes. Hystérectomie abdominale subtotale. Guérison.

La femme est revue en 1908 en très bonne santé.

OBSERVATION III

Germaine J..., vingt-six ans, est transportée le 17 juillet 1905 à la clinique du Dr Le Nouëne pour des symptômes graves de péritonite d'origine annexielle qui durent depuis quinze jours. Cul-de-sac postérieur tendu et douloureux. Colpotomie sous chloroforme le même jour. Les phénomènes fébriles cessent. La femme sort le 26 juillet et reste couchée chez elle jusqu'au 7 octobre. Elle se lève et recommence à souffrir. Les douleurs persistent très vives. Le 3 février 1906 hystérectomie abdominale subtotale. Guérison. La femme a été revue en 1908 en très bonne santé.

OBSERVATION IV

Louise J..., vingt-huit ans, entre le 22 octobre 1905 à l'hôpital Pasteur pour métro-salpingite. Température 39°2. Pouls 145. Les phénomènes fébriles persistent trois jours jusqu'au moment où on intervient par la colpotomie. La malade sort le 16 novembre 1905 et revient le 24 décembre parce qu'elle souffre constamment. On l'engage à se reposer et à prendre patience. Le 6 février 1906 elle sollicite encore l'opération. L'hystérectomie subtotale est faite le 12 février au milieu d'adhérences multiples. L'appendice adhérent à la trompe droite est enlevé. La femme sortie guérie n'a pas été revue.

OBSERVATION V

Marguerite L..., trente-deux ans, entre le 2 décembre 1905 à la clinique du Dr Le Nouëne pour suppuration pelvienne. Pas de température mais douleurs vives. Culs-de-sac très tendus avec légère fluctuation en arrière. Colpotomie. La femme sort le 11 décembre et reste couchée chez elle un mois. Elle revient voir le Dr Le Nouëne le 10 février, puis le 17 mars 1906 sollicitant une opération car elle ne peut travailler à cause de ses douleurs. Hystérectomie abdominale subtotale avec appendicectomie. L'opérée a été revue en janvier 1908 et se porte très bien.

OBSERVATION VI

Louise B..., dix-neuf ans, entre à l'hôpital Pasteur le 17 décembre 1905 pour salpingite double. T : 38°9. P : 148 degrés. Ballonnement du ventre. Utérus bloqué et cul-de-sac postérieur tendu. Le lendemain colpotomie. Sortie de l'hôpital le 22 février 1906 après deux mois de lit. Elle revient le 23 février 1906 n'ayant jamais cessé de souffrir depuis sa sortie. Hystérectomie abdominale totale à cause des adhérences et des poches de pus. Appendicectomie. La femme a été revue en fin de 1906 et se portait très bien.

OBSERVATION VII

Joséphine B..., vingt-huit ans, entre à l'hôpital Pasteur le 3 janvier 1906 pour suppuration pelvienne. T. 38°4. Les culs-de-sac sont douloureux mais ne bombent point dans le vagin. Les phénomènes aigus persistent douze jours avec tendances à l'aggravation. Colpotomie postérieure. Le doigt finit par rencontrer une poche de pus contenant une cuillerée à bouche de liquide. La malade sort de l'hôpital un mois après l'opération. Elle y revient le 18 novembre 1906 avec 38°2, et de violentes douleurs. La température tombe après cinq jours de repos. Le 2 janvier 1907 hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie. Sortie le 31 janvier guérie. N'a pas été revue.

OBSERVATION VIII

Louis G..., trente-trois ans, entre à l'hôpital Pasteur le 8 février 1906 pour annexite double. Ne peut travailler depuis trois mois. Pas de température. Grosse collection rétro-utérine. Colpotomie le 11 février. Sort le 5 mars 1906. Continue à souffrir et revient à l'hôpital le 4 février 1907 demandant d'être opérée. Hystérectomie abdominale subtotale le 11 février 1907 et appendicectomie. A été revue pendant l'année 1907 en très bonne santé.

OBSERVATION IX

B..., Georgette, trente-six ans, entre à la clinique du Dr Le Nouëne le 35 février 1906, pour salpingite double. Pas de température mais grosse suppuration pelvienne repoussant l'utérus vers la vessie. Colpotomie le 27 février donnant issue à un demi-litre de pus. Sort de la clinique le 8 mars et reste couchée jusqu'au 31 mars. Les douleurs persistent. La malade reste quatre mois couchée et comme elle continue à souffrir elle demande l'opération. Hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie. La femme est restée depuis lors absolument guérie.

OBSERVATION X

L..., Joséphine, vingt-deux ans, entre à l'hôpital Pasteur le 7 mars 1906, pour salpingite double et pelvi-péritonite. Les culs-de-sac sont très tendus. Pas de température. Colpotomie le 10 mars. Sortie le 30 mars. Revient le 22 août parce qu'elle souffre. On lui conseille l'opération, l'utérus étant immobilisé et la femme apyrétique. Elle refuse de se faire opérer et n'a pas été revue depuis lors.

OBSERVATION XI

B..., Louise, vingt-six ans, entre à l'hôpital Pasteur le 2 mai 1906 pour salpingite double et appendicite. Elle a eu chez elle une température qui variait entre 38°5 et 39°5 depuis six semaines. Actuellement elle est à 39°2. Le cul-de-sac postérieur bombe un peu. Colpotomie. Les phénomènes fébriles tombent aussitôt. La femme sort le 20 mai et reste couchée quelques semaines. Elle continue à souffrir et revient à l'hôpital.

Le 20 décembre, hystérectomie très pénible qui nécessite le morcellement de l'utérus; appendicectomie. N'a pas été revue.

OBSERVATION XII

Victorine L..., vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Pasteur le 4 août 1908 pour salpingite double. Pas de température. L'uté-

rus est immobilisé entre des masses très dures descendant un peu en arrière. Après quelques jours le Douglas devient douloureux et un peu dépressible. Colpotomie. La femme sort le 10 septembre et continue à souffrir. Elle revient le 20 décembre demandant à être opérée. Hystérectomie abdominale subtotale le 15 décembre 1906. La femme revue en 1907 plusieurs fois se portait très bien.

OBSERVATION XIII

Louise B..., trente-deux ans, entre à l'hôpital Pasteur le 25 septembre 1906 pour salpingite double. Température 3 78 le soir. On sent une collection derrière l'utérus. Colpotomie. Sortie le 20 octobre 1906. Revient le 5 mars 1907 demandant l'opération parce qu'elle souffre au point de ne pouvoir faire aucun travail. Hystérectomie abdominale subtotale. Revue en 1907 au mois de novembre en très bonne santé.

OBSERVATION XIV

Placidie L..., vingt-six ans, entre à l'hôpital Pasteur le 30 novembre 1906 pour suppuration pelvienne. Pas de température ; douleurs vives dans tout le ventre. Le cul-de-sac postérieur bombe manifestement. Colpotomie. Sort de l'hôpital le 22 décembre 1906. Revient en janvier 1907 demandant à être opérée. Reste couchée six semaines. Lorsqu'elle se lève elle continue à souffrir. Le 5 avril 1907, hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie. Guérison. N'a pas été revue.

OBSERVATION XV

S... Marie, vingt-six ans, est soignée à son domicile par le Dr Le Nouëne. Le 20 septembre 1907 colpotomie pour accidents aigus graves de pelvi-péritonite. La femme continue à souffrir lorsqu'elle se lève et l'utérus reste immobilisé entre les annexes douloureuses au toucher. En janvier 1907 hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie à la clinique du docteur Le Nouëne.

Cette femme est restée depuis lors en parfaite santé.

OBSERVATION XVI

L... Louise, trente-trois ans, souffre depuis huit ans de douleurs abdominales qui ont nécessité déjà une colpotomie en 1904. Rentre en novembre 1906 à l'hôpital Pasteur. Température 38°2. Ventre très douloureux. Le cul-de-sac postérieur est très sensible et bombe nettement. Colpotomie. Il sort environ 50 grammes de pus. La femme reste couchée trois semaines. Lorsqu'elle se lève les douleurs reprennent. Hystérectomie abdominale totale à cause des grosses collections trouvées dans l'abdomen et appendicectomie. A été revue en janvier 1908 et ne souffre plus du tout.

OBSERVATION XVII

S... Marie, vingt-huit ans, souffre dans le ventre depuis plu-

sieurs années. En septembre 1906 graves accidents de pelvi-péritonite qui obligent à une colpotomie. Les accidents aigus disparaissent, mais l'état général reste mauvais et le petit bassin est toujours encombré de masses qui le remplissent. Hystérectomie abdominale subtotale en janvier 1907 et appendicectomie à la clinique du docteur Le Nouëne.

La femme se porte très bien actuellement.

OBSERVATION XVIII

L..., Marguerite, vingt-trois ans, entre à la clinique du Dr Le Nouëne pour une grosse suppuration pelvienne. Température 38°. Colpotomie. Après deux mois les accidents reprennent. Il est ainsi fait trois colpotomies. Enfin en mai 1907, après cinq mois d'alitement la malade peut être opérée apyrétique. Hystérectomie abdominale totale à cause de grosses collections suppurées. Guérison après suppuration de la paroi qui nécessitera une restauration. La guérison persiste complète.

OBSERVATION XIX

L..., Jeanne, entre en décembre 1906, à la clinique du Dr Le Nouëne. Le chirurgien a déjà soigné cette femme en ville pour des accidents de pelvi-péritonite grave avec température à 39° 5, pouls à 160 et troubles cardiaques. Actuellement le cul-de-sac postérieur est un peu tendu mais sans fluctuation. L'utérus est bloqué à droite mais libre à gauche. A cause de la persistance des symptômes infectieux, colpotomie, le

22 décembre 1906. Il s'écoule seulement un peu de sérosité. Les accidents aigus cessent aussitôt et la femme sort après six jours de la clinique. Elle a été revue depuis quinze mois plusieurs fois en parfaite santé. En somme cette femme paraît avoir été guérie par une colpotomie blanche suivie de deux mois de repos au lit.

OBSERVATION XX

D..., Blanche, vingt-deux ans, est vue à son domicile en avril 1907, par le Dr Le Nouëne qui à cause des accidents aigus et d'une masse périutérine fait entrer la malade à l'hôpital Pasteur pour salpingite aigüe. La température tombant de 38°5 à 37°5 et la malade paraissant mieux le chirurgien retarde la colpotomie qui avait d'abord été décidée. Mais l'abcès périutérin s'ouvre par le rectum et quand le chirurgien intervint après six semaines d'apyréxie il rencontre une fistule rectale entourée de collections suppurées. Il péritonise au-dessus du Douglas après avoir enlevé l'utérus mais l'opérée fait cependant une péritonite post opératoire et meurt le cinquième jour.

OBSERVATION XXI

Maria J..., vingt-sept ans, entre à l'hôpital Pasteur pour suppuration pelvienne. Température 37°8. Le cul-de-sac de Douglas bombe fortement. Colpotomie le 25 mars 1907. La femme revient à l'hôpital en septembre 1907 et l'hystérectomie

abdominale subtotale suivie d'appendicectomie est pratiquée le 30 décembre 1907. L'opérée n'a pas été revue.

OBSERVATION XXII

V... Marie, trente-quatre ans, entre à l'hôpital Pasteur pour salpingite double. Pas de température. Utérus bloqué dans une masse énorme. Cette femme est restée plusieurs fois couchée pendant quelques semaines. Colpotomie donnant issue à 200 grammes de pus environ. La masse péri-utérine persiste malgré un mois de repos. Hystérectomie abdominale subtotale le 24 octobre 1907. Revue en fin décembre en bonne santé.

OBSERVATION XXIII

Germaine M..., vingt-neuf ans, entre à l'hôpital Pasteur pour douleurs abdominales dont elle souffre depuis dix-huit mois. Actuellement les douleurs sont plus fortes. Température 37°8. Le cul-de-sac de Douglas très distendu repousse l'utérus en avant. Colpotomie. Il s'écoule une cuillerée à bouche de pus. Malgré cette intervention la malade qui reste couchée six semaines continue à souffrir. Le 29 novembre 1907, hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie. N'a pas été revue après sa sortie de l'hôpital.

CONCLUSIONS

I. — La colpotomie est une opération bénigne qui peut rendre de grands services mais ne saurait être préconisée comme traitement systématique des annexites.

II. — La colpotomie est indiquée dans les salpingo-ovarites aiguës :

1° Si la malade présente une grosse collection du cul-de-sac de Douglas qui menace de s'ouvrir dans le péritoine, dans le rectum ou dans la vessie ;

2° Si les accidents aigus sont graves et ne semblent pas devoir céder au repos absolu.

III. — La colpotomie est inutile dans les autres cas et détermine des adhérences qui rendent une intervention radicale plus difficile ultérieurement.

IV. — La colpotomie doit être pratiquée à ciel ouvert à l'aide d'un bistouri ou mieux de ciseaux ordinaires.

Vu par le Président de la thèse
SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Laroyenne. — De la périmétrite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente séreuse ou hématique. Lyon Médical, 1886.

— Des périmétrites chroniques simples. Semaine médicale, 1886.

— Des métrites chroniques compliquées d'inflammation péri-utérines. Semaine médicale, 1886.

— Traitement des collections purulentes. Bulletin. Soc. Chir., 1890.

Terrillon. — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes chez la femme. Semaine médicale, 1886.

Broca. — Salpingite et abcès pelvien chez la femme. Gazette heldomadaire, 1888.

— Suppurations pelviennes, du choix des méthodes ovariennes. Congrès de chirurgie, 1893.

Monprofit. — Etude chirurgicale sur l'inflammation des organes génitaux internes de la femme. Thèse de Paris, 1888.

Routier. — Etude sur les inflammations péri-utérines. Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1888.

— Traitement des suppurations pelviennes et des lésions

bilatérales des annexes. Congrès français de chirurgie, 1892.

Lucas-Championnière. — Ovarites et salpingites. Journal de médecine et chirurgie pratique.

Bouilly. — De l'ouverture par la voie vaginale de collections purulentes salpingées et ovariennes. Bull. Soc. chir., 1890.

— Indication et valeur de l'incision vaginale. Congrès français de chirurgie, 1895.

Landau. — Diagnostic et traitement des collections tubaires. Congrès de Berlin et Annales de Gynécologie, 1890.

— Des abcès pelviens compliqués et des collections tubaires suppurées compliquées. Congrès de Rome, 1894.

Cochez. — De la thérapeutique conservatrice dans les inflammations pelviennes.

Le Dentu. — Traité des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. Gazette des hôpitaux, 1892.

Le Dentu et *Delbet.* — Traité de chirurgie.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

— De la colpotomie. Semaine gynécologique, février 1898.

— De la colpotomie dans les suppurations pelviennes. Semaine gynécologique, mai 1898.

Quénu. — De l'incision du cul-de-sac postérieur. Soc. de chirurgie, mai 1898.

Richelot. — Pyo-salpingite. Semaine médicale, 1889.

Saenger de *Leipzig.* — Traitement des suppurations pelviennes. Rapport au Congrès de Genève, 1896.

Segond. — De l'hystérectomie vaginale dans le traitement

des suppurations pelviennes. Gaz. des hôpitaux, 28 février 1891.

— Suppurations pelviennes. Congrès de Bruxelles. 1892. Annales de gynécologie, 1892.

— Traitement des suppurations pelviennes. Discussion au Congrès de Genève, 1896.

— Traité de chirurgie, Duplay et Reclus. T. VI.

Monod. — Sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale. Bulletin et mémoire de la Soc. de Chir, mai 1898.

Picqué. — De la valeur de la colopotomie, 1898.

Hartmann. — Discussion au Congrès de Genève, 1896.

Henrotin. — De l'opération de choix dans la septicémie pelvienne et en particulier de l'incision vaginale précoce. Brit. méd. journal, 23 décembre 1897. Rapport au Congrès de Genève, 1896.

Doyen. — Congrès de Bruxelles, 1892. Technique chirurgicale.

— De la colpotomie ou laparotomie vaginale, p. 352.

Reclus. — Clinique chirurgicale de la Pitié, 1894. De la pelvi-péritonite aiguë et son traitement. Congrès français de Chirurgie, 1841. Pelvi-péritonite. Arch. de tocologie, 1891.

Delbet. — Suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

Morély. — Essai sur l'ouverture des collections annexielles par la voie vaginale. Thèse de Paris, 1899.

Imp. spéciale de la Librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris